

UNIVERSITÉ DE NANCY
1933 - 1934

FACULTE DE MEDECINE
N° 252

INDICATIONS ET NOUVELLES TECHNIQUES DANS L'UTILISATION DES BOUTONS ANASTOMOTIQUES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 30 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. LALLEMENT Henri-Albert

Né à Mohon (Ardennes) le 9 Mars 1909

Examineurs de la Thèse :

MM. MICHEL, professeur, *Président.*

FROELICH, professeur,

BODART, agrégé,

CHALNOT, agrégé,

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

✕

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

1934

**Indications et nouvelles techniques
dans l'utilisation des boutons anastomotiques**

INDICATIONS ET NOUVELLES TECHNIQUES DANS L'UTILISATION DES BOUTONS ANASTOMOTIQUES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 30 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. LALLEMENT Henri-Albert

Né à Mohon (Ardennes) le 9 Mars 1909

Examineurs de la Thèse : {
MM. MICHEL, professeur, *Président*,
FROELICH, professeur,
BODART, agrégé,
CHALNOT, agrégé, } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

1934

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$;

WEISS, O $\star$, I $\star$; BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANGEL, $\star$, I $\star$;
GARNIER, $\star$, I $\star$; MACÉ, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\star$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\star$.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRELICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\star$, I $\star$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Histoire naturelle et parasitologie ...	M. G. THIRY, $\star$, I $\star$.

Chargés de Cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur.
Clinique des malad. tuberculeuses (1).	M. J. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, profes.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\star$, ag. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Physiologie du travail.....	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

M. LAMY, $\star$, I $\star$.	M. MERKLEN, A $\star$.
M. MUTEL, $\star$, I $\star$.	M. FLORENTIN.
M. VERMELIN, $\star$, A $\star$.	M. BODART.
M. GUILLEMIN, A $\star$.	M. CHALNOT.
M. ABEL, $\star$, A $\star$.	M. WOLFF.
M. DROUET, A $\star$.	M. POURCINES.
M. SIMONIN, A $\star$.	M. MELNOTTE, O $\star$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. REMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$; L. JOB, $\star$, I $\star$;
FAIRISSE, I $\star$; BINET, $\star$, I $\star$; WATRIN, $\star$, I $\star$; BARTHELEMY, $\star$, I $\star$;

M. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection
et de ma vive gratitude.*

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR MICHEL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Nancy

*Qui nous a fait le grand honneur d'être
notre Président de thèse, hommage
respectueux.*

A MES JUGES :

M. le Professeur FRÖELICH

Professeur de clinique chirurgicale et d'orthopédie

M. le Professeur agrégé BODART

M. le Professeur agrégé CHALNOT

A M. le Docteur LARDENNOIS

Professeur de clinique chirurgicale
à l'École de Médecine de Reims

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
hommage reconnaissant.*

INTRODUCTION

Quand J. B. Murphy eut publié en 1892, son procédé d'anastomose sans sutures, ce fut dans le monde chirurgical un véritable émerveillement. Comment ne pas admirer la plasticité de ces parois intestinales qui se nécrosent et s'éliminent par suite de la pression opérée entre les deux chapeaux du bouton et qui se reconstituent ensuite tout autour, aussi solides et aussi étanches.

Le vieil entérotome de Dupuytren agissait bien par le même processus, mais l'ingénieuse invention de Murphy semblait plus féconde encore en heureux résultats opératoires.

A l'engouement du début a succédé, du moins à Paris, une période de désaffection et d'abandon peut-être injustifiés et contre lesquels il est sans doute utile de réagir.

Pour rétablir la continuité du tube digestif, on peut avoir recours aux sutures, ou bien aux boutons. Ce sont deux méthodes qui ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Un bon opérateur se doit de savoir les utiliser toutes les deux sans parti-pris.

Les suturistes convaincus invoquent la tradition,

les perfectionnements de la technique pour inverser les muqueuses, pour solidement accoler des surfaces. Le chirurgien est un artiste qui s'ingénie à tout faire avec un petit nombre d'instruments qui lui sont habituels. Les boutons paraissent à certains une vaine et inutile complication d'outillage.

Pour bien placer un bouton, d'ailleurs, il faut une certaine habitude. Un tour de main est nécessaire, surtout pour le bouton de Jaboulay. Pauchet a même pu dire : « Il est plus facile de faire une suture médiocre que de bien placer un bouton. » Ces petites pièces de précision doivent être de bonne qualité, bien calibrées et taraudées, avec des ressorts suffisants. Si les deux parties du bouton ne s'engrènent pas à fond pour écraser les parois intestinales, si le bouton mal embrassé tend à s'échapper de l'intestin, c'est un désastre, un désastre presque irréparable et le chirurgien jure, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendra pas. A Paris, beaucoup de chirurgiens préfèrent la suture par tradition. Huguier et Rigollot-Simonet écrivaient dans la Presse Médicale du 15 septembre 1913 :

« Lorsqu'il y a dix ans M. Monprofit écrivit son remarquable traité de la gastro-entérostomie, dès sa préface, il éprouve le besoin tant était forte sa conviction, de se dire suturiste convaincu et antibouton-niste déterminé. »

Depuis ce moment ont adopté cette formule tous ceux qui, en France, à Paris du moins, s'occupèrent le plus de chirurgie gastrique ; tels : Terrier, Ricard, Hartmann, Tuffier. Et le bouton anastomotique est si

universellement abandonné, qu'à vouloir le prôner et le réhabiliter, un chirurgien risque de faire croire qu'il est incapable de faire une suture correcte.

Nous avons vu qu'en effet, l'exécution d'une anastomose au bouton reste délicate, si on l'utilise rarement.

A l'étranger, le bouton anastomotique est très souvent utilisé. Chez nous, l'école de Lyon emploie souvent le bouton de Murphy et nous a fait connaître les perfectionnements dus à Jaboulay et à Villard. A Paris même, Gosset, Pauchet et de Martel utilisent souvent les boutons.

La réunion par sutures reste, évidemment, la méthode la plus logique, celle qui satisfait le mieux l'esprit par sa simplicité et sa perfection. L'entérorraphie par la méthode des sutures, par exemple, reste le procédé idéal quand elle est pratiquée par un chirurgien expérimenté.

Après l'exécution d'une bonne suture, convenablement serrée et bien étanche, toute complication est évitée. Elle doit être faite toutefois en bon tissu et ne supporter aucune tension. Nous verrons que dans la chirurgie du côlon pelvien, le procédé du bouton nous paraît avoir pris le pas sur sa rivale. Il semble certain que l'emploi des boutons anastomotiques, quoique limité, est nettement indiqué.

On intervient actuellement chez des cancéreux, des hémorragiques, des sujets fragiles, anémiés ou infectés, chez lesquels il importe avant tout de gagner du temps et d'aller vite.

En quelques minutes, le contact des surfaces à réu-

nir est solidement établi et peut résister aux mouvements péristaltiques énergiques de l'intestin.

Enfin la lumière de l'anastomose reste béante de suite. L'établissement du transit intestinal est immédiatement assuré pour les gaz et pour les liquides, ce qui est un avantage précieux.

Sans vouloir faire le procès des sutures, on peut donc, dans une certaine mesure, réhabiliter l'ingénieux appareil de Murphy et remédier aux inconvénients qu'on lui reproche par une technique différente de celle qui est encore classique.

CHAPITRE PREMIER

SUTURES ET BOUTONS

INDICATIONS

Depuis 1892, date de l'apparition du bouton de Murphy, on retrouve dans les discussions des défenseurs et des détracteurs acharnés, chacun étant convaincu de la supériorité du procédé qu'il utilise. Et en effet, quand on examine sans aucun parti-pris les deux méthodes rivales, on est bien obligé de leur reconnaître à chacune des avantages certains, mais aussi des inconvénients.

Prenons le cas des sutures. Qu'il s'agisse de rétablir la continuité de l'intestin après une exérèse, ou de réaliser une anastomose gastro-intestinale, c'est le procédé qui nous vient aussitôt à l'esprit par sa simplicité : pas d'instrumentation spéciale, manœuvres réduites au minimum, logique du procédé qui tend à réparer les lésions de la façon la plus naturelle qui soit.

Quand nous avons à pratiquer une gastro-entérostomie par sutures, nous pouvons donner à la bouche des dimensions suffisantes qui permettent de ne pas provoquer l'obstruction de la lumière ainsi établie.

Après l'exécution d'une bonne suture convenablement serrée et bien étanche, toute complication est évitée et la suture en surjet, d'une exécution très sûre, est, de plus, hémostatique.

Les suites opératoires ne donnent lieu à aucun mécompte, la réunion des tissus est vite assurée et le transit est établi.

Cependant le chirurgien ne se trouve pas toujours dans les conditions idéales qui lui permettraient de réaliser une anastomose parfaite. Chez les malades affaiblis, la réunion par suture, qui est tout de même plus longue à effectuer que la pose d'un bouton par un opérateur exercé, ne trouve pas une indication aussi formelle.

De plus la suture ne doit supporter aucune tension. A plus forte raison son emploi est-il moins indiqué lorsqu'on se trouve dans l'obligation d'opérer en tissus friables qui seraient vite dilacérés par un fil quelconque, surtout au cas où il se produirait des tiraillements au niveau de la réunion.

Enfin l'anastomose par sutures n'est pas d'une application courante pour toutes tentatives opératoires et nous verrons par la suite que l'entéro-rectostomie est une opération difficile, sinon impossible à effectuer par cette méthode. Le bouton anastomotique, lui non plus, n'est pas sans inconvénients. Voici les reproches que formule contre lui J. Lanos (Paris Chirurgical, Novembre 1928) :

I. — Le bouton ne fait pas une bouche assez grande dans certains cas. Dans le cas du cancer du pylore

déjà étendu aux parois gastriques, lorsque la gastro-entérostomie est la seule opération possible, faite alors dans le seul but d'apporter au malade un soulagement et une consolation, l'emploi du bouton est contre-indiqué. En effet, par crainte de l'envahissement de la bouche par le néoplasme, il faut faire une bouche large, plus large que le bouton ne peut faire.

II. — A cause de la simplicité et de la rapidité de sa mise en place, le bouton de Jaboulay donne à ceux qui ont pris l'habitude de l'employer une tendance, paresseuse en vérité, à ne plus employer que lui et, par conséquent, à oublier, à délaisser d'autres procédés qui ont leurs indications.

Nous ne ferons que retenir la justesse du premier reproche et c'est en effet un sérieux inconvénient que l'étroitesse de la bouche ainsi réalisée. Il faut dire cependant que, dans la pratique, cela n'a pas de graves conséquences. Quant au second reproche, il ne fait que mettre en lumière la rapidité et la simplicité de la méthode.

Un inconvénient, plus sérieux celui-là, c'est le retard qui peut se produire dans l'élimination du bouton. A vrai dire, cet incident n'a généralement pas de suites fâcheuses et le transit est d'ordinaire toujours assuré.

Enfin on a reproché au bouton de ne pas tenir en place et de provoquer ainsi, on s'en doute, les pires catastrophes ! Cela a dû certainement se produire avec les anciennes méthodes, mais avec la technique améliorée, ce fâcheux accident ne peut plus arriver.

Tout compte fait, ce ne sont pas là de bien gros inconvénients et le bouton anastomotique a pour lui des avantages qui plaident en sa faveur :

1° — Grande rapidité et facilité de mise en place, même lorsque les mouvements de l'opérateur sont limités, comme c'est le cas dans la chirurgie du côlon pelvien. Cette rapidité est précieuse quand on opère des malades affaiblis ou infectés ou encore lorsqu'il s'agit de terminer rapidement une opération dont la durée serait néfaste au patient.

2° — Le temps dangereux de toute opération portant sur le tube digestif, c'est-à-dire l'ouverture des cavités septiques, est réduit au minimum. Il y a moins de risques d'infection, moins de danger d'occlusion paralytique.

3° — Le contact est solidement établi et peut résister aux mouvements péristaltiques énergiques de l'intestin.

4° — Enfin, la lumière de l'anastomose reste béante de suite. L'établissement du transit intestinal est immédiatement assuré pour les gaz et les liquides, ce qui permet de donner à boire aux opérés d'une façon précoce.

Bref le bouton anastomotique n'est pas un instrument aussi défectueux que certains l'ont prétendu, et nous voici donc en présence de deux procédés, ayant chacun leurs partisans déterminés, deux procédés auxquels on doit reconnaître des avantages et des inconvénients, quelle que soit la préférence que l'on nourrisse à leur égard.

Lequel choisir ? On ne peut trancher d'un oui ou d'un non la supériorité de l'un d'eux. Il nous faut répondre en normand : employer l'un et l'autre en motivant son choix par les circonstances ; suture dans tel cas, bouton dans tel autre.

Nous n'envisagerons pas ici les indications des sutures, puisque c'est le mode le plus habituellement employé, mais bien plutôt celles du bouton qui, répétons-le, n'est utilisé que dans des cas spéciaux où il est formellement indiqué.

Une des indications du bouton, celle qui est actuellement admise par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels on compte des suturistes déterminés, est l'entéro-rectostomie. A ce sujet il est intéressant de connaître l'opinion d'un chirurgien aussi expérimenté que M. de Martel qui le 1^{er} mars 1921, s'exprimait en ces termes à la Société de chirurgie de Paris :

« Je crois qu'en chirurgie du gros intestin, le bouton est supérieur à la suture. Il s'oppose sûrement à l'infiltration des matières septiques entre les deux séreuses juxtaposées. »

A côté de cela, la facilité et la rapidité de mise en place sont pour quelque chose dans cette indication formelle.

Ce qui domine en effet la chirurgie du côlon pelvien, qu'on veuille pratiquer une anastomose, une exclusion, ou une exérèse, c'est la difficulté d'aborder sa partie tout inférieure, ou le segment intestinal qui lui fait suite. C'est là ce qui la caractérise et la rend toute spéciale. C'est en cela que cette médecine opératoire diffère de la chirurgie du gros intestin.

Au-dessous du côlon pelvien, le rectum, fixé au fond du pelvis, ne peut être extériorisé, ni amené à portée de l'opérateur. Il est et il reste difficilement accessible.

Or l'une des méthodes les plus simples et les plus pratiques pour rétablir la continuité du tube digestif dans la chirurgie du côlon pelvien, est le procédé de l'anastomose entéro-rectale, par la pince porte-bouton, expérimenté et décrit en 1899 dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale par le Docteur H. Lardennois, de Reims. Qu'il s'agisse de chirurgie radicale ou palliative, d'une réunion des deux bouts de l'intestin après exérèse, d'une simple anastomose ou d'une exclusion de l'anse sigmoïde, le procédé de la pince porte-bouton est d'une exécution rapide et facile. Quand les lésions descendent très bas, quand il s'agit d'une sigmoïdite ulcéreuse avec, au-dessus et au-dessous, des altérations de l'intestin sur une longue étendue, quand on veut exclure tout l'S iliaque, alors le procédé classique des sutures devient impossible. Même avec le Trendelenburg, il faut manœuvrer sa pince et son aiguille à bout de doigts, dans un espace resserré, au fond du petit bassin, dans la concavité sacrée. Le chirurgien se trouve gêné par l'étroitesse de l'ouverture abdominale, par l'avancée de l'angle sacro-vertébral, par le débordement des anses intestinales, difficilement réprimées. Il ne sait comment placer les mains de son aide, comment disposer la coprostase et protéger suffisamment la cavité péritonéale contre l'irruption du contenu intestinal.

L'intervention ainsi conduite est trop grave et trop périlleuse pour pouvoir être généralisée dans la pra-

tique chirurgicale courante. La discussion n'est pas possible. En pareil cas il faut avoir recours au procédé de la pince porte-bouton parce que son emploi est la seule méthode possible et que c'est là, à la terminaison du tube digestif, qu'il présente le moins de danger. En effet, la rétraction, à quelques centimètres de l'anus, n'est guère possible, même si l'on n'a pas fixé à la pièce rectale le fil de soie qui peut servir à opérer des tractions prudentes après les huit ou dix premiers jours.

A côté de cette indication primordiale dans la chirurgie du gros intestin, le bouton peut être indiqué, mais d'une manière moins absolue, dans les diverses anastomoses intestinales qui peuvent être réalisées, et notamment dans l'iléo-coloplastie, dans les cas où l'on ne veut pas recourir à l'iléo-sigmoïdostomie. L'iléo-coloplastie est une opération brillante, certes, mais dont la longueur et la difficulté peuvent faire craindre pour les suites opératoires, d'autant plus qu'en pareil cas l'état général des malades est très touché et inspire de vives inquiétudes. Nous verrons, en abordant la technique opératoire, qu'elle peut être rendue plus simple et être notablement écourtée par l'utilisation du bouton (voir l'opération de Fenwick).

En chirurgie gastrique, les indications sont moins formelles. Cependant le bouton pourra être utilisé dans tous les cas où ses avantages supplantent ceux des sutures, par exemple : dans la gastro-entérostomie complémentaire après gastrectomie, lorsqu'il s'agit de terminer rapidement l'opération chez un malade fatigué et cachectique.

De plus, il y a des cas de cancers — très avancés, avec mécos gras, qui ne peuvent pas être opérés à la suture, et qui peuvent l'être encore par le bouton sans que les difficultés opératoires soient très augmentées par les conditions de fixité et d'envahissement de l'estomac si fréquents dans ce cas.

Enfin, le bouton sera encore indiqué dans le cas d'ulcus perforé, quand le malade est très fatigué par le choc et que l'on croit une gastro-entérostomie nécessaire. En pareil cas il faut aller vite. Le temps, c'est de la vie.

L'anastomose au bouton, aussi bien en chirurgie gastrique qu'intestinale, exige des techniques légèrement différentes suivant les cas qui se présentent.

Nous verrons que ces modifications ont été motivées par le principe de la technique moderne qui se complique parfois d'une incision supplémentaire, vite fermée du reste, pour l'introduction du bouton, ce qui permet d'obtenir une anastomose solide, absolument étanche, sans le secours d'aucun fil surajouté.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

ILÉO-COLOPLASTIE

L'iléo-coloplastie est une opération qui consiste à interposer une anse iléale entre les deux bouts du côlon pour éviter l'anus contre nature. Le but de cette opération est de rétablir la continuité intestinale après les résections coliques ou recto-coliques. L'opération comporte donc trois anastomoses intestinales : une iléo-iléostomie (rétablissement de la continuité de l'iléon), deux iléo-colostomies (rétablissement de la continuité du gros intestin).

INDICATIONS

C'est le problème du rétablissement de la continuité après les colectomies qui se pose. Pour les lésions du côlon droit, l'hémi-colectomie suivie d'iléo-transversostomie est une excellente opération, universellement admise. En ce qui concerne les lésions du côlon gauche, la thérapeutique comprend des colectomies segmentaires suivies de colo-colostomies qui ne sont réalisables que si les deux bouts du côlon peuvent être amenés au contact l'un de l'autre. Or, le rapprochement des deux bouts est difficile quand on a fait une

résection large ou quand les segments voisins sont fixes.

Pour éviter la colostomie, infirmité insupportable pour les opérés, on pourra pratiquer une iléo-coloplastie, dont J. Quénu vante les bienfaits :

« Elle conserve le côlon, elle respecte ses connexions normales avec l'iléon, le sens de son péristaltisme ; elle rétablit le transit intestinal dans des conditions aussi voisines que possible de la normale. »

L'indication habituelle est fournie par les résections sigmoïdiennes et recto-sigmoïdiennes.

La colectomie pour cancer donne actuellement d'assez belles chances de survie pour que le chirurgien ait le droit et le devoir d'améliorer les conditions de cette survie. Un résultat comme celui de Fenwick suffit pour justifier l'iléo-coloplastie après la colectomie pour cancer.

TECHNIQUE

Nous ne nous occuperons ici que de la plastie immédiate dont le cas de Fenwick fut suivi d'un superbe résultat. Cette opération n'a duré qu'une heure et demie, résultat obtenu par l'utilisation du bouton dans deux anastomoses sur trois (iléo-iléostomie terminale par sutures et des deux iléo-colostomies au bouton). Nous ne nous étendrons pas sur les détails de la technique opératoire, clairement exposée par J. Quénu. Nous noterons simplement les modifications opératoires motivées par les anastomoses au bouton.

1^{er} Temps. — Prélèvement de l'anse grêle

Choix de l'anse. Il convient de choisir l'anse grêle qui peut le plus facilement être amenée jusqu'au fond du pelvis, le segment le plus mobile de l'iléon se trouvant à 40 centimètres environ de l'angle iléo-coecal. E. Quénu et A. Schwartz conseillent de porter l'anse dans le fond de Douglas avant de faire aucune section, pour l'essayer, pour se rendre compte de la possibilité de l'abaissement.

Section de l'anse. On peut être gêné par la brièveté du transplant au moment des anastomoses ; on n'est jamais gêné par sa longueur. La longueur étant déterminée (12 centimètres dans le cas de Fenwick) on fait la coprostase et on sectionne l'anse à ses deux extrémités.

Section du mésentère sur une longueur de 6 à 7 centimètres en respectant les grosses artères, et notamment les artères longitudinales, afférentes des arcades juxta-intestinales.

Hémostase des tranches mésentériques.

Rétablissement de la continuité de l'intestin grêle par une iléo-iléostomie termino-terminale.

2^e Temps. — Traitement du bout inférieur

Introduction d'un demi-bouton par la tranche de section du bout colique (à cet effet on n'aura pas complètement terminé la suture de la tranche de section ; cependant on ne laissera qu'une ouverture

juste suffisante pour laisser passer le bouton ; de plus on disposera de grandes compresses tout autour du bout colique pour l'isoler de la plaie opératoire).

Terminaison de la suture de la tranche de section. Le demi-bouton se trouve complètement enclos dans la lumière colique. On le fait cheminer, par des pressions pratiquées à travers la paroi intestinale, jusqu'au point choisi pour le fixer sur la bandelette longitudinale. On fait émerger son cylindre en creusant, sur la saillie qu'il forme, une ouverture au thermocautère. On répète la même manœuvre pour le segment inférieur de l'iléon. Il ne reste plus qu'à pratiquer l'engrènement en amenant les deux demi-boutons au contact l'un de l'autre et en appuyant à fond et bien parallèlement sur leurs chapeaux que l'on sent à travers l'intestin.

Le 3^e temps, anastomose des bouts supérieurs se fait suivant la même technique.

4^e temps : suture de la brèche mésentérique au-dessus de l'iléo-iléostomie — Drainage — Suture de la paroi.

ANASTOMOSE ENTÉRO-RECTALE PAR LE PROCÉDÉ DE LA PINCE PORTE-BOUTON (OPÉRATION DE H. LARDENNOIS)

Instrumentation

Comme instruments spéciaux, deux seulement sont nécessaires : un bouton de Murphy du plus gros calibre et une longue pince courbe destinée à porter la pièce femelle de ce bouton dans le rectum.

Bouton de Murphy

Il faut essayer à l'avance le bouton choisi, et rechercher avant l'opération si l'emboîtement des deux cylindres s'effectue facilement et sans effort.

Le Docteur Lardennois se servait autrefois d'un bouton dont le cylindre avait été transformé en emporte-pièce et qu'on articulait sans ouvrir au préalable le rectum, en se contentant d'amincir la muqueuse rectale par une dissection prudente de sa paroi. Il a renoncé depuis à cette technique, estimant que cette précaution n'est pas indispensable puisque, actuellement, on dissocie lentement au thermocautère les tuniques du rectum sur le relief que dessine la pièce femelle.

Pince porte-bouton

Cette pince, qui porte un arrêt à crémaillère, est courbe et assez longue, de façon à pouvoir bien appliquer le bouton sur la face antérieure du rectum.

L'articulation des branches est une articulation excentrée comme celle des dilatateurs utérins. Ainsi, en rapprochant les anneaux, on écarte les mors. Les extrémités de ces mors pénètrent dans le cylindre femelle. Il faut les placer sur le côté des deux petits crochets à ressort qui doivent s'enfoncer dans le pas de vis de la pièce femelle, sans quoi l'articulation des deux pièces pourrait être gênée.

Un petit arrêt en saillie a été ménagé pour supporter le bouton et l'empêcher de s'enfoncer plus avant. Les anneaux sont alors serrés et les mors s'écartent,

fixant et maintenant le cylindre du bouton par une pression excentrique. Pour retirer la pince, l'anastomose une fois établie, il suffit de déclancher la crémaillère et d'écarter les anneaux. Les mors se rapprochent et sortent du bouton sans rien mouvoir ni ébranler.

Cette pince est très utile et très commode. A la rigueur on pourrait la remplacer par un clamp courbe et élastique, dont les mors entreraient dans le cylindre du bouton. Dans ce but, on peut extemporanément interposer un petit tampon d'ouate ou un morceau de gaze stérilisée entre les mors de la pince, pour les écarter. Ainsi, on leur permet d'entrer à frottement dans le cylindre du bouton et de bien y adhérer. Ce procédé peut servir en cas de nécessité, mais la manœuvre est plus délicate.

En plus de tout ce qui est nécessaire pour pratiquer la laparotomie, l'anastomose au bouton ne nécessite donc que ces deux instruments spéciaux, bien simples, faciles à nettoyer et à stériliser.

MANUEL OPÉRATOIRE

Division. — L'entéro-rectostomie peut être pratiquée seule, comme opération palliative devant dériver la circulation intestinale, ou supprimer un anus contre nature.

Dans d'autres cas, elle peut être le complément d'une résection intestinale et sert à rétablir la continuité du tube digestif. La technique de l'anastomose entéro-rectale comprend différents temps successifs :

I. — Laparotomie sous-ombilicale médiane et recherche de l'anse que l'on doit aboucher dans le rectum, soit l'S iliaque, soit l'iléon.

II. — Application au point choisi de la pièce mâle du bouton.

III. — Pendant ce temps, introduction par un aide de la pièce femelle dans le rectum. Enfoncement et mouvement de bascule de la pince porte-bouton, pour faire saillir le cylindre du demi-bouton sur la paroi rectale antérieure.

IV. — Sur le relief ainsi déterminé par la pression de la pièce femelle, obtention au moyen du thermocautère, d'un petit orifice juste suffisant pour laisser passer à frottement le cylindre du demi-bouton.

V. — Emboîtement des deux pièces du bouton en les serrant à fond par une pression bien régulière et pratiquée parallèlement à leur axe.

VI. — Enlèvement de la pince et suture de la plaie abdominale. Avant l'opération, si on le peut, il faut purger le malade et pratiquer l'antisepsie intestinale. On doit toujours avoir bien soin d'évacuer le contenu du rectum et de désinfecter autant que possible sa cavité par de grands lavements d'eau oxygénée, puis par le tamponnement iodoformé, car il est important de bien assécher la muqueuse.

OPÉRATION

Le malade est placé dans la position de Trendelenburg, car une légère inclinaison est très utile pour

débarrasser le petit bassin des anses intestinales. Son siège sera soulevé au-dessus du plan de la table d'opération par une alèze roulée. Les jambes sont légèrement écartées de façon à ce qu'on puisse aisément introduire la pince intra-rectale, et faire basculer les mors par en haut, en appuyant les branches contre la table.

La vessie a été soigneusement vidée.

La salle d'opération est suffisamment chauffée, point important pour éviter le shock dans toutes les opérations intestinales. Pour isoler le champ opératoire et refouler les intestins, on a, toutes préparées, de fortes et larges compresses de toile, trempées dans la solution très chaude de sérum physiologique.

L'opérateur se place à la droite du patient pour reconnaître facilement le coecum et la dernière anse iléale.

Laparotomie médiane. Large incision sous-ombilicale et descendant très bas sur le pubis. On place la grande valve sus-pubienne qui transforme la fente pariétale en une ouverture triangulaire large et béante.

Les lésions sont vite reconnues et la décision prise rapidement. Nous supposons que la sigmoïdo-rectostomie soit impossible et que l'on doive recourir à l'iléo-rectostomie. On examine avec soin la dernière anse iléale et on l'approche du rectum pour bien choisir l'emplacement de l'anastomose. Celle-ci doit se faire toujours dans le sens des mouvements péristaltiques et, point important, les parties de l'intestin rapprochées ne doivent être nullement tirillées.

L'anse une fois choisie, des compresses refoulent l'intestin et isolent le champ opératoire. La vessie vide est « plaquée » derrière la symphyse pubienne.

MISE EN PLACE DE LA PIÈCE MALE DU BOUTON

Technique ancienne

On exécute d'abord sur le bord convexe de l'intestin un « faufilé » en forme d'ellipse un peu allongée, et dont le diamètre correspond au diamètre du chapeau du bouton. Ce surjet n'est pas perforant, il pénètre seulement les couches superficielles et la sous-muqueuse. Les deux chefs du fil sont croisés, car ils servent à resserrer l'orifice comme les cordons d'une bourse.

Alors, sur le grand diamètre de l'ellipse, prudemment, à petits coups de ciseaux, on incise la séreuse et la musculuse, puis la muqueuse qui s'éverse. L'incision doit être aussi petite que possible et le bouton entrer à frottement. En opérant ainsi bien exactement sur le bord convexe de l'intestin, et avec les ciseaux qui mâchent un peu les tissus, on n'a pas d'hémorragie et on évite tout retard nécessité par l'hémostase. En tenant l'anse très haut, hors du ventre, entre des compresses, la coprostase est inutile. Le demi-bouton mâle est fixé par l'extrémité de son cylindre au bout d'une pince hémostatique. On entre-baïlle avec la pince à griffes la plaie intestinale et en enfonce de champ le chapeau du bouton qui entre très facilement. Pendant que l'aide le maintient horizontal et

tire en haut son collet, l'opérateur noue et serre les extrémités du fil. Au besoin et pour mieux appliquer contre le cylindre du bouton les lèvres de la boutonnière, il les embrasse encore dans une anse de fil.

Le cylindre du bouton, toujours maintenu par la pince, est entouré et isolé dans des compresses aseptiques. Pour plus de précautions, on peut d'avance oblitérer sa lumière avec du beurre de cacao qui, fondant à 29°, est donc rapidement liquéfié et la circulation des gaz peut s'effectuer immédiatement après l'opération.

Inconvénients de cette technique

La boutonnière intestinale par laquelle on engage la pièce mâle du bouton est nécessairement trop large pour la cheminée ou pédicule. C'est pourquoi il faut coulisser l'intestin sur elle. Mais ce coulissage fronce la paroi et rend la coaptation imparfaite. L'exécution de l'ourlet destiné au coulissage sectionne des vaisseaux, contusionne la paroi et diminue sa vitalité.

Technique améliorée du D^r Lardennois

Le D^r Lardennois a dit : Dans l'anastomose au bouton, quel est le point capital, quelle est la condition de la sécurité ?

La condition suffisante et nécessaire, c'est d'avoir les deux pièces du bouton toutes deux étroitement enchassées, solidement fixées et serrées, bien accro-

chées dans les anses intestinales respectives, sans qu'elles puissent en être arrachées.

Ces conditions réalisées, le succès est infaillible.

La seule technique à employer est d'introduire toute la partie du bouton dans l'intestin et de faire émerger ensuite la seule cheminée par un étroit orifice taillé à sa mesure.

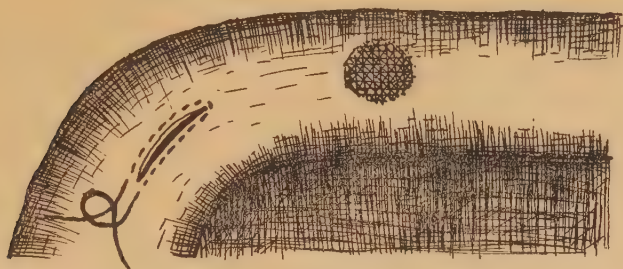


FIG. 4. - *Nouvelle technique.* — On ferme l'incision qui a servi à introduire le bouton dans l'intestin, puis, à côté, sur la saillie du bouton, on pratique au thermo une petite ouverture par où émergera le cylindre étroitement et solidement enchâssé. Ainsi la pièce mâle est mise en place comme la pièce intra-rectale.

Introduction de la pièce femelle

Dès le début de l'opération, un aide introduit la pièce femelle dans le rectum de la façon suivante :

La pièce femelle est montée sur la pince ; il est bon de remplir son cylindre de beurre de cacao. Enfin, précaution utile, aux orifices du chapeau est attachée une longue soie qui passera par l'anus. Ce fil servira, plus tard ; si la chose est nécessaire, il permettra de solliciter, par de très prudentes tractions, l'évacuation plus prompte du bouton,

Un aide introduit doucement par l'anus la pince porte-bouton et, avec précaution, l'enfonce dans l'ampoule rectale.

Alors, baissant et basculant les anneaux, il applique fortement en avant le cylindre qui soulève la paroi rectale. L'opérateur sent le demi-bouton à travers la paroi ; il le saisit et le guide jusqu'à l'endroit favorable (cette manœuvre est facile à main nue, assez difficile avec les gants).

Fixation et emboîtement des deux pièces du bouton. Toutes les précautions sont prises pour bien préserver des souillures le champ opératoire. Le cylindre de chaque demi-bouton est attiré de façon à faire une saillie.

Il est placé à l'opposé du mésentère pour l'iléon, sur une bandelette longitudinale pour le côlon. Sur ces deux saillies bien visibles, on fait un petit orifice au thermocautère. Chacune des deux cheminées émerge de l'étroit orifice, bien enserrée, bien enchâssée. Il suffit d'enfoncer lentement le cylindre mâle dans le cylindre femelle d'ailleurs bien huilé. En moins d'une minute, on a obtenu une adhérence complète des deux surfaces sereuses, un accolement parfait et solide.

Enlèvement de la pince. Suture de la paroi

La pince est alors enlevée. Quelques instants sont consacrés à bien disposer les anses intestinales. Toutes ces différentes manœuvres demandent très peu de temps et, sans précipitation, l'opération peut être exécutée en moins d'une demi-heure.

Après l'opération. Le malade doit être tenu au repos. La morphine est utile, comme après toute opération intestinale. Il est bon de pratiquer aussi une injection de sérum artificiel. S'il n'y pas eu émission de gaz dans les trente-six heures, et si l'on croit le bouton oblitéré par quelques amas de matières demi-durcies, il est facile de délayer ce bouchon stercoral par des lavements tièdes et huileux.

Le bouton est trop près de l'anus pour qu'on puisse redouter des accidents d'obstruction. Les opérés, surtout après l'iléorectostomie, ont d'ailleurs rapidement des selles très liquides. L'appareil est éliminé après un temps très variable : cinq à vingt-deux jours. Si cette élimination tarde, vers le dixième jour on pourra, par des tractions prudentes sur la longue soie qui est attachée au chapeau, solliciter son évacuation.

Technique de la gastro-entérostomie au bouton

Gastro-entérostomie complémentaire après gastrectomie. Dans le cas présent, la technique est simplifiée à l'extrême. Elle sera avantageusement employée pour terminer rapidement une opération laborieuse, ou chez des malades fatigués ou profondément intoxiqués par un contenu gastrique putride. Il faut en effet trois ou quatre minutes au maximum pour réaliser l'anastomose.

Il suffit d'introduire un demi-bouton dans l'estomac, l'autre dans le jéjunum par les tranches de section. A cet effet, on peut, ou ne pas effectuer complètement la suture de la tranche, en laissant une ouverture

suffisante pour l'introduction facile du bouton, ou déplacer légèrement un clamp pour permettre l'in-

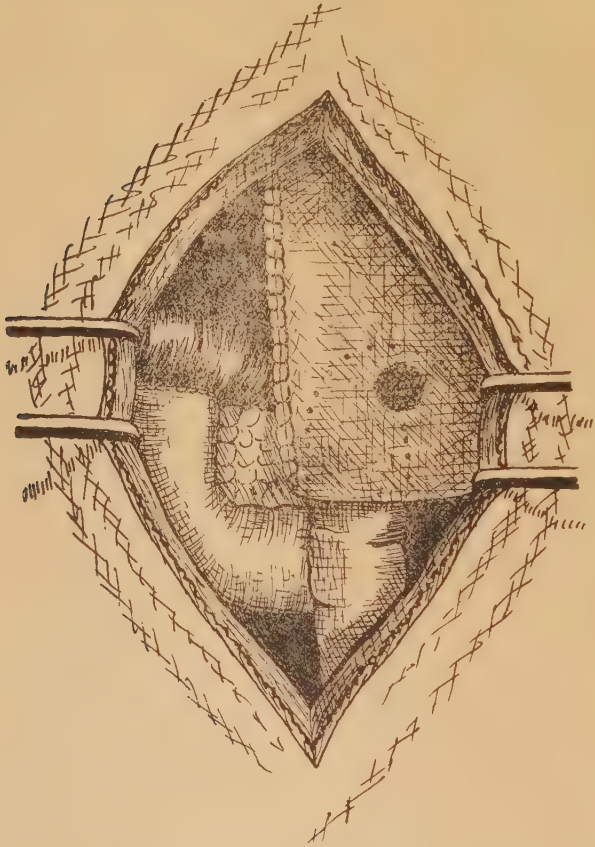


FIG. 2. — Anastomose de l'anse jéjunale avec l'estomac à l'aide du bouton de Murphy. Technique réservée aux sujets affaiblis (V. Pauchet).

troduction du bouton, ou encore l'introduire directement avant la résection par un orifice pratiqué dans

la partie sacrifiée. On aura disposé de grandes compreses pour isoler le champ opératoire et le préserver de toute souillure.

On introduit chaque demi-bouton en le saisissant par le pied avec une pince de Péan ; on achève immédiatement les sutures. Il s'agit ensuite de faire sortir le pied de chaque demi-bouton au point choisi. Pour l'estomac, il est préférable de choisir ce point à la face postérieure chaque fois qu'elle est facilement accessible.

On sent alors le demi-bouton à travers la paroi stomacale et on l'amène au point choisi en y appliquant fortement le cylindre par des pressions pratiquées sur le chapeau. Il suffit ensuite de faire sur cette saillie, au moyen du thermocautère, une ouverture juste suffisante pour laisser passer le cylindre à frottement.

On répète la même manœuvre pour le jéjunum et il ne reste plus qu'à engrèner les deux pièces avec les précautions d'usage, en appuyant franchement et bien parallèlement.

Une fois l'engrènement accompli, l'opération se termine selon le mode habituel.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE SIMPLE

(Technique de Pouliquen, de Brest)

Ce procédé utilise la technique nouvelle, qui consiste à introduire le bouton comme un bouton de faux-col, de dedans en dehors, pour la pose du demi-bouton sur l'estomac.

Le bouton utilisé est le bouton mixte présenté par Pouliquen à la Société de chirurgie en 1922, et ainsi appelé parce qu'il est constitué par la pièce femelle d'un bouton de Villard et la pièce mâle d'un bouton de Jaboulay.

En effet, si l'introduction du demi-bouton de Jaboulay dans l'intestin grêle est très facile, en revanche la pose du demi-bouton sur l'estomac est réellement une manœuvre délicate. Pour réussir, il faut d'abord que l'ouverture soit juste de bonne dimension : si elle est trop petite, on est obligé de forcer et on risque de fausser le bouton ; si elle est trop grande, il faut la rétrécir par des points de suture.

Autre inconvénient : quand la paroi stomacale est épaissie, infiltrée, on a de la peine à engager toute son épaisseur dans la fente du bouton et on risque d'amorcer une fausse route entre la muqueuse et la musculieuse. Enfin, l'engrènement n'est pas toujours facile et tient au fait suivant : que le demi-bouton pénètre à travers la fente horizontale qui intéresse la moitié de la circonférence et vient faire saillie dans la lumière du bouton, sous forme de diaphragme en demi-lune. C'est l'écrasement, le coïncement de ces deux diaphragmes (surtout celui de l'estomac) qui gêne au moment de l'engrènement : en effet, on ne rencontre pas cette difficulté avec les boutons de Murphy et de Villard qui sont sans fente (le diaphragme qui se produit dans le grêle peut être évité en exerçant une légère traction sur l'intestin au moment de l'engrènement).

En somme, les difficultés pour la pose du Jaboulay

proviennent toutes du demi-bouton de l'estomac ; c'est pourquoi Pouliquen l'a remplacé par un demi-Villard (pièce femelle) tout en conservant le demi-Jaboulay pour l'intestin, sur lequel il est facile à poser. Il l'a ensuite perfectionné en adaptant à la pièce femelle de Villard un mandrin en forme d'obus ; cette pièce n'est donc utilisable que dans le cas où elle peut être introduite d'abord dans la lumière du tube digestif. Cette introduction est facile et ne nécessite pas de manœuvres supplémentaires lorsqu'on fait la gastro-entérostomie simple. Comment faire pour introduire directement le bouton dans l'estomac ? Pouliquen avait bien pensé le faire avaler avant l'opération, mais pour que cela soit possible, il faudrait en réduire les dimensions, et encore, même dans ce cas, le procédé serait assez aléatoire.

Le procédé le plus simple consiste à introduire le demi-bouton par une incision faite à la face antérieure de l'estomac. Evidemment ce procédé ne peut être comparé à l'idéale simplicité de la pose du demi-bouton sur le grêle, ou de son introduction par la pince porte-bouton dans le rectum. Il y a là une complication à laquelle nous sommes forcés de recourir, dans l'état actuel de la technique, bien que, de l'avis de M. de Martel, la petite incision nécessitée pour jeter la pièce gastrique dans l'estomac soit bien vite suturée et ne constitue qu'une bien minime complication, et qui donne en tous cas toute garantie, en regard du procédé qui consiste à passer un fil en cordon de bourse sur l'orifice d'introduction du bouton.

TECHNIQUE

Introduction du demi-Villard dans l'estomac. — Il faut pratiquer à la face antérieure de l'estomac une incision, d'environ 25 millimètres, par laquelle on introduira la pièce femelle munie de son mandrin ; on refermera immédiatement la petite ouverture. Cette manœuvre faite, la pose du bouton devient extrêmement simple : pour l'exécuter, on fait d'abord saillir la pointe du mandrin à l'endroit choisi et on la dégage au thermocautère. Puis, en poussant par derrière sur le chapeau du bouton et en pressant en avant sur la paroi de l'estomac, on fait émerger la tige par un orifice trop petit, à frottement dur, c'est-à-dire d'une façon idéale. Il ne reste plus qu'à enlever le mandrin. Pour cela, il suffit d'appuyer sur la base avec l'index, à travers l'estomac, et de tirer sur la pointe munie de deux encoches à l'aide d'une pince de Kocher.

Pose du demi-Jaboulay sur l'intestin. — Laissant l'estomac, on va à la recherche de l'anse jéjunale. Pendant ce temps, un aide monte rapidement le bouton en saisissant avec une pince à mors plate (pince de Péan ou pince spéciale des Lyonnais) le pied du bouton, un quart de tour au-delà de l'encoche que porte le chapeau. Prenant alors une pince à disséquer sans griffes, l'opérateur saisit la paroi intestinale, pendant que l'aide en fait autant de son côté avec deux pinces de Chaput, et il tend cette paroi en un triangle dont le sommet, constitué par la pince à disséquer, est dirigé vers lui. Sur cette paroi ainsi tendue, on pratique au thermocautère une ouverture juste assez grande pour

laisser passer le bouton introduit par son encoche. Saisissant la pince porte-bouton tenue horizontalement, et l'encoche dirigée vers l'ouverture intestinale, il charge dans l'encoche toute l'épaisseur de la paroi intestinale ; il suffit alors de faire tourner le bouton en avant, en prenant pour centre de rotation la fente retenue par la paroi intestinale ; pendant cette manœuvre, on relève peu à peu la pince et lorsque le bouton est complètement introduit dans la lumière du tube digestif, la pince se trouve dans une position verticale. Engrènement. — Après avoir enlevé toutes les pinces, il ne reste plus qu'à affronter avec soin les deux moitiés du bouton, bien parallèlement, engrèner en poussant à fond sur les deux chapeaux à travers les parois gastrique et intestinale.

Le reste de l'opération ne nécessite pas de précautions spéciales.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE AU BOUTON DANS LE CAS D'ULCÈRE PERFORÉ COMME COMPLÉMENT DE LA SUTURE DE L'ULCÈRE

Les circonstances dans lesquelles on est appelé à pratiquer cette intervention commandent au chirurgien de réduire autant que possible la durée de l'acte opératoire pour éviter, ou plutôt d' diminuer le shock qui serait néfaste chez des sujets dont l'état général, déjà très atteint du fait de leur affection, se trouve considérablement aggravé par la perforation de l'ulcus.

L'anastomose au bouton, pratiquée dans ces condi-

tions, donne certainement des chances de succès beaucoup plus grandes qu'avec les sutures. Voici, en résumé, le manuel opératoire qu'il convient d'adopter en pareil cas :

Après ouverture de l'abdomen, on va à la recherche de la perforation. Celle-ci reconnue, l'opérateur enlève toute la partie indurée, lardacée de la paroi ; il obtient ainsi une brèche là où il ne se trouvait qu'un orifice punctiforme. Toutes les précautions auront été prises pour assurer l'asepsie du champ opératoire. Le chirurgien introduit le demi-bouton de Villard, muni de son mandrin, par la brèche et il referme immédiatement celle-ci pour réduire au minimum la durée de ce temps qui est particulièrement dangereux ; il apportera ensuite un soin tout particulier pour faire l'hémostase. Il ne reste plus qu'à introduire le demi-Jaboulay dans le grêle, à faire sortir le pied de chaque bouton et à pratiquer l'engrènement suivant le mode étudié précédemment.

On veillera particulièrement aux soins post-opératoires qui sont de règle chez tous les malades cachectiques et anémiés qui sont justiciables de cette intervention simple et rapide.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

I. — ANASTOMOSES INTESTINALES

OBSERVATION N° 1. Fenwick (de Londres)

Homme de 51 ans, vu le 18 janvier 1911 en état d'obstruction intestinale chronique.

21 janvier 1911. Laparotomie exploratrice. Petite tumeur du côlon sigmoïde près du détroit supérieur. Mésocourt. Colostomie iliaque.

6 avril. Colectomie et iléo-coloplastie. Résection de la tumeur. Impossibilité d'amener les deux bouts au contact l'un de l'autre. Prélèvement d'une anse grêle de 12 centimètres. Section de l'anse, du mésentère sur 6 centimètres de haut. Iléo-iléostomie terminale. Anastomose des deux bouts du grêle aux deux bouts du côlon par deux boutons de Murphy. Fixation du méso. Paroi, drain et mèche. Durée : 1 h. 30.

Sphacèle de l'iléo-colostomie supérieure. Résection de la partie sphacélée.

Deux tentatives de fermeture de la colostomie.

Au bout de trois ans, santé parfaite. Une ou deux selles normales par jour. Persistance d'une fistulette iliaque punctiforme, laissant parfois échapper un gaz, mais ne créant aucune infirmité.

OBSERVATION N° 2. Duguet (Val-de-Grâce)

Triple rétrécissement tuberculeux du rectum et de l'iléon. Anastomose iléo-rectale au bouton à l'aide de la pince porte-bouton de H. Lardennois. Guérison.

Ch... 20 ans. En traitement pour arthrite bacillaire tibio-tarsienne. En août 1924 : coliques, constipation. Crise de sub-occlusion qui dure 24 heures en octobre 1924.

Pas de signes objectifs de péritonite bacillaire.

Rectoscopie : à 22 cm. de l'anús, ulcération circulaire sanguinolente avec rétrécissement serré. La radio confirme. En raison de la crise d'occlusion antérieure, on décide d'intervenir. Notre ami le Docteur Lardennois de Paris nous prête à cet effet la pince porte-bouton de son frère, le Docteur H. Lardennois de Reims.

Intervention le 3 novembre 1924. — Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'ascite ni de lésions bacillaires péritonéales.

On trouve :

1°. — Sur l'iléon, à 5 cm. de l'angle iléo-coecal un rétrécissement en virole, de 2 cm. de longueur.

2°. — Au niveau de l'ampoule rectale (pôle supérieur) deux anneaux fibreux distants de 4 cm.

Soit : trois rétrécissements de l'intestin, dont on ne peut songer à pratiquer l'extirpation. Seule, une dérivation est possible, en l'espèce : *l'anastomose iléo-rectale au bouton* en raison de l'impossibilité de faire une suture aussi profondément.

Exécution rapide : pose d'un bouton après avoir introduit la pièce femelle par le rectum à l'aide de la pince courbe de Lardennois. Le bouton chemine facilement dans l'ampoule. Une pointe de thermo ouvre sa lumière. Anastomose facile du rectum avec l'iléon (portion juxta-coecale).

Suites normales. Disparition de tous les troubles abdominaux (constipation, coliques). Le bouton tombe le dixième jour. Guérison maintenue depuis 11 mois.

OBSERVATION N° 3. (Forgue).

Cancer du côlon ascendant avec abcès rétro-colique ; colectomie partielle, résection latérale du duodénum adhérent ; iléo-sigmoïdostomie au bouton.

Un homme de 35 ans présente une tuméfaction phlegmoneuse qui remplit le flanc et la fosse iliaque droits. C'est un cancer du côlon ascendant qui paraît soulevé par une grosse masse rétro-colique. Le décollement colopariétal ouvre un volumineux abcès qui a envahi la gaine des vaisseaux iliaques et qu'on assèche soigneusement. En dedans, une infiltration dure s'étend dans le méso-côlon et sur l'angle de la 2^e et 3^e portion du duodénum. On fait une large résection iléo-colique, enlevant en même temps la portion infiltrée du duodénum. Suture immédiate de la brèche duodénale. Fermeture du bout colique et implantation au bouton de Murphy de l'iléon dans le sigmoïde. Péritonisation et drainage. Guérison.

La pièce montre qu'il s'agit d'un cancer colloïde du côlon ascendant perforé sur sa face postérieure, au niveau de l'abcès.

OBSERVATION N° 4. Lardennois (inédite).

W..., rue Lesage, 56 ans, pensionné de guerre à 25 % pour entérite. Depuis quelques semaines, il souffre d'une constipation opiniâtre, avec ballonnement. Il a présenté aussi à plusieurs reprises du sang dans ses selles. Il n'y a pas d'hémorroïdes.

Une rectoscopie ne montre rien d'anormal, sinon une congestion de la muqueuse rectale ; pas de polypose. Le

malade n'a jamais été dans les colonies. Hypertension ; début de prostatisme ; rétention partielle.

Intervention le 30 juin 1932, à ma clinique particulière.

Rachianesthésie : 12 centig. de syncaïne Clin ; anesthésie excellente. Position de Trendelenburg. Laparotomie. On trouve un peu de liquide dans l'abdomen, un intestin grêle un peu dilaté et distendu. Le côlon ascendant offre une paroi épaissie légèrement infiltrée. Il paraît enflammé sans qu'on puisse constater l'existence d'une tumeur ou d'une lésion bien nette. La partie distale du côlon pelvien paraît saine.

Anastomose. — La partie femelle du bouton est introduite dans le rectum avec la pince porte-bouton. On la fait glisser ensuite dans le côlon pelvien en choisissant un endroit où l'anastomose serait aisée. On sort de l'abdomen la terminaison de l'iléon. Des champs opératoires imbibés de sérum sont placés pour bien isoler hors du ventre les deux anses à rapprocher.

La partie mâle est introduite dans l'intestin grêle par une incision qui est aussitôt refermée par deux sutures superposées, tandis que le bouton est glissé un peu en amont. On a donc, isolées sur un champ de compresses, les deux pièces du bouton faisant saillie dans l'iléon et dans le côlon pelvien.

Sur le relief déterminé par la cheminée, on troue l'intestin avec le thermocautère ; la cheminée émerge, bien enchassée. Même manœuvre sur la saillie de la pièce femelle dans l'S iliaque.

Il ne reste plus qu'à articuler les deux parties du bouton. L'exécution de cette anastomose demande moins de temps que sa description.

Léger essuyage à l'éther.

Trois points au catgut pour rapprocher le mésentère et le méso-côlon pelvien.

Ligature non serrée à la soie sur l'iléon, en aval de l'anastomose, pour barrer le transit vers le cœcum et constituer une sorte d'exclusion unilatérale.

Suture de la paroi abdominale en deux plans.

Suites opératoires très bénignes.

L'opéré, toutefois, a de la rétention d'urine. On doit le faire sonder le soir de l'opération.

Le lendemain, pour éviter le cathétérisme qu'il redoute, W... se lève et réussit à uriner. Dès ce moment et malgré nos conseils, il se lève 2 ou 3 fois par jour pour uriner.

Les selles sont d'abord très abondantes et nécessitent l'emploi de laudanum.

Puis elles deviennent pâteuses et moins fréquentes.

Réunion de la plaie par première intention.

Le bouton est rendu le 13^e jour.

Le malade sort de la clinique le 23 juillet.

Une radiographie pratiquée 18 mois après l'opération a montré que la gélobarine passait pour la plus grande partie dans l'anastomose exécutée.

OBSERVATION N° 5. (Lardennois)

M. B..., 33 ans. Opéré le 18 juillet 1932.

Ablation d'une tuberculose cœcale. Rétablissement du transit intestinal par une anastomose iléo-sigmoïdienne au bouton.

Malade souffrant depuis longtemps du ventre et, avec des coliques, des alternatives de constipation et diarrhée. Jamais de sang dans les selles. A la radio, on voit un rétrécissement fixe intéressant l'angle colique droit et tout le côlon transverse jusqu'à l'angle colique gauche. A la palpation, on sentait une tumeur de cœcum mobile.

Opération le 18 juillet. — Rachianesthésie. Novocaïne à 8 % : 14 centig. (anesthésie complétée par une anesthésie discontinue à l'éther).

A l'ouverture du ventre, le cœcum et le côlon apparaissent très mobiles. On constate tout de suite que l'iléon est invaginé dans le cœcum sur une longueur d'environ 10 cm., mais l'invagination n'est pas sérieuse, la désinvagination se fait très facilement. Les parois du cœcum restent cartonnées et infiltrées, œdématiées ainsi que les parois du côlon transverse. Cependant, tout le côlon reste mobile. Les mésocôlons sont parsemés de nombreux ganglions. On libère l'épiploon par désinsertion sur la grande courbure.

Incision et décollement iléo-pariétal libérant le cœcum et mobilisant tout le côlon ascendant, y compris l'angle sous-hépatique.

Section de l'iléon à 15 cm. de sa terminaison.

Ligature des artères coliques et section du mésocôlon jusqu'au dessous de l'angle colique gauche. Section au thermocautère de l'iléon et du côlon sous l'angle colique gauche. Par l'orifice, on glisse dans l'iléon et le côlon descendant un demi-bouton. On ferme les bouts intestinaux par une ligature à grosse soie et par enfouissement en deux plans.

Colectomie intéressant le cœcum et le côlon transverse, rétablissement de la continuité par une *iléo-sigmoïdectomie latéro-latérale au bouton*. Quelques points au catgut ferment la brèche qui existe entre le mésentère et le mésocôlon.

Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage. Guérison.

OBSERVATION N° 6. (Lardennois)

Anastomose iléo-sigmoïdienne au bouton pour un anus cœcal.

Madame M..., 44 ans. Entrée à l'hôpital civil pour phénomènes d'occlusion avec plastron dans la fosse iliaque gauche.

On crée un anus cœcal le 1^{er} octobre 1931.

17 jours après, laparotomie latérale gauche. Elle montre la présence d'une grosse poche purulente comprimant l'anse sigmoïde. Libération de la trompe suppurée et drainage.

Pour guérir l'anus cœcal, exclusion unilatérale le 7 décembre 1931.

Anastomose iléo-sigmoïdienne selon le procédé Lardenois.

Laparotomie médiane après avoir cerclé l'anus et l'avoir recouvert d'une compresse et d'un leucoplaste que l'on badigeonne à la teinture d'iode.

Dilatation de l'anus et introduction du demi-bouton femelle dans le rectum avec la pince porte-bouton. On le fait glisser dans l'anse sigmoïde.

Section de l'iléon à 15 cm. du cœcum ; fermeture du bout distal. Dans le bout proximal, on jette la partie mâle du bouton, puis on ferme ce bout proximal.

Les deux pièces du bouton sont rapprochées, extériorisées hors du ventre, isolées sur un champ imbibé de sérum.

Un coup de thermocautère sur les deux cheminées qui font saillie. Ces cheminées sortent bien enchassées, solidement maintenues dans l'intestin. Il ne reste plus qu'à les articuler. On les rapproche, on les engrène et on les serre.

Comme il avait fallu libérer des adhérences qui entouraient l'anse sigmoïde, on laisse un drain en refermant la paroi.

Suites opératoires bénignes. On obtient des gaz le second jour.

L'anus cœcal, bien que réduit de volume, et donnant peu de sécrétions, gêne encore la malade.

Le 9 janvier 1932, on procède à la cure radicale par la voie intra-péritonéale selon le procédé de Duval.

La malade quitte l'hôpital 15 jours après, complètement guérie.

OBSERVATION N° 7. (Lardennois)

Anastomose iléo-sigmoïdienne basse pour méloëna.

T..., 63 ans, entré le 3 novembre 1931 à l'hôpital civil pour des douleurs dans la fosse iliaque gauche, diarrhée, méloëna amaigrissement.

La radiographie ne montre rien d'anormal. Une rectoscopie ne révèle pas de lésions bien nettes dans le rectum ou la partie basse de l'anse sigmoïde. Rachianesthésie. Position de Trendelenburg.

Laparotomie. On ne constate pas de tumeur apparente. A l'union du côlon descendant et du côlon pelvien, l'intestin paraît enflammé, avec des appendices épiploïques rouges et congestionnés.

On décide de laisser au repos le côlon malade et de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie au bouton.

Introduction du demi-bouton femelle dans le rectum avec la pince-bouton. On le fait glisser ensuite un peu plus haut dans l'anse sigmoïde.

Introduction de la partie mâle dans l'iléon par une incision que l'on referme par deux plans de sutures.

Les deux pièces sont glissées et rapprochées à l'endroit qui paraît le plus favorable. On a bien extériorisé les anses qui les portaient et on les isole sur des champs imbibés de sérum. Un coup de thermocautère sur chaque saillie qui soulève la tunique intestinale. Les petites cheminées émergent bien enchassées, solidement accrochées à l'intestin et il ne reste plus qu'à les réunir.

Suture du mésentère et du mésocôlon pelvien pour supprimer tout orifice par où une anse intestinale pourrait s'étrangler.

Fermeture de la paroi en deux plans en laissant un drain.

Suites opératoires bénignes.

Le bouton a été éliminé sans qu'on l'ait vu. Une radiographie pratiquée trois semaines après l'intervention indiquait sa disparition.

OBSERVATION N° 8. (Pouliquen)

Fistule cœcale pyo-stercorale. Iléo-sigmoïdostomie par le procédé de Lardennois.

Madame M..., 35 ans, opérée quelques mois auparavant pour tuberculose du cœcum, présente une fistule pyo-stercorale.

Opération le 28 août 1923.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Section du grêle entre deux ligatures de catgut à quelques centimètres de sa terminaison. Enfouissement en bourse des deux extrémités.

Iléo-sigmoïdostomie au bouton mixte. Le demi-Villard est introduit par le rectum et le demi-Jaboulay est placé à travers une petite incision à deux centimètres de l'extrémité du grêle.

Suites opératoires simples. Il a été impossible de savoir à quel moment a été expulsé le bouton. Fermeture de la fistule cœcale au bout de quelques semaines. La malade reste guérie.

OBSERVATION N° 9. (Pouliquen)

Cancer du côlon ascendant. Iléo-transversostomie par le procédé de Lardennois.

Monsieur P..., 36 ans, fatigué, ayant souffert des crises de sub-obstruction et présentant une grosse tumeur dans la fosse iliaque droite.

Opération le 30 septembre 1923, avec l'aide du Docteur Barbier.

Incision médiane sous-ombilicale. Une tumeur du cô-

lon ascendant est reconnue et on se décide à faire une iléo-sigmoïdostomie au bouton.

L'intestin grêle est sectionné près du cœcum et les deux bouts sont fermés par suture après avoir jeté un demi-bouton de Murphy dans la lumière de l'intestin. L'autre demi-bouton est introduit dans le rectum à l'aide d'une pince.

L'opérateur le saisit à travers la paroi et le fait remonter facilement jusqu'au côlon transverse. Au thermo, on fait sortir les tiges par des orifices juste suffisants et l'emboîtement se fait parfaitement.

Les suites opératoires sont normales et la guérison est obtenue.

Le bouton est éliminé au bout de 15 jours.

Le malade meurt de cachexie cancéreuse huit mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 10. (Pouliquen)

Fistule pyo-stercorale, suite d'abcès appendiculaire. Iléo-sigmoïdostomie par le procédé de Lardennois.

Mlle R..., 60 ans, opérée à l'hôpital de Brest le 19 septembre 1924 pour abcès de la fosse iliaque, probablement d'origine appendiculaire ; fistule stercorale.

Deuxième opération le 21 novembre 1924.

Section du grêle près du rectum, fermeture des deux bouts. Iléo-sigmoïdostomie au bouton mixte après introduction du demi-Villard par l'anus.

Guérison opératoire. Les matières ne sortent plus par l'orifice cœcal, mais il persiste une fistule avec suppuration assez abondante.

Le bouton n'a été éliminé qu'au bout de 3 mois.

II. — GASTRO-ENTÉRO. ANASTOMOSES AU BOUTON

OBSERVATION N° 1. (Lardennois)

Gastrectomie partielle terminée par une gastro-jéjunostomie au bouton.

Monsieur M..., 25 ans, opéré le 12 février 1931. A été dans un sanatorium pendant 4 mois. Estomac très dilaté, à la radio, et bulbe duodénal très déformé.

Opération : on sent une masse sur le versant duodénal et une induration due probablement à la cicatrisation d'un ancien ulcère. On trouve aussi des petits ganglions. L'estomac est très distendu. On peut le sortir assez facilement de l'abdomen. Le duodénum est rouge, congestionné et enflammé. On pratique une pyloro-entérostomie au thermo. On coupe le duodénum en aval du pylore, en dedans. On ferme le bout duodénal par deux rangées de sutures. On place un demi-bouton dans le jéjunum et, par l'ouverture de l'estomac, on place le demi-bouton femelle (bouton de Villard). On peut faire l'aspiration de l'estomac et on retrouve des lentilles qui, d'après le malade, auraient été ingérées 10 jours auparavant. L'estomac était plein d'air. On résèque l'antra pylorique. Deux sutures de l'estomac : la première par le procédé de Mayot, la seconde pour enfermer la première. On enchasse les deux demi-boutons en pratiquant un trou avec le thermo sur leur tige et on les articule. Suture de l'estomac au mésocôlon, transverse. Suture en deux plans. On laisse un drain 24 heures. Guérison.

OBSERVATION N° 2. (Lardennois)

Monsieur A..., 60 ans, opéré d'urgence, le 15 novembre 1928.

Perforation d'ulcus gastrique chez un homme de 60 ans qui n'avait présenté que des antécédents gastriques va-

gues : douleurs il y a 6 ans, amaigrissement. Etat général assez mauvais. Douleur brutale. Contracture. Intervention à la sixième heure.

Laparotomie sus-ombilicale médiane sous anesthésie à l'éther goménolé. Liquide abondant et louche dans l'abdomen. La perforation à l'emporte-pièce siège en avant, dans la région pyloro-duodénale (plutôt étendue sur le pylore).

La surface infiltrée s'étend sur l'étendue d'une pièce de cinq francs environ. Les bords de la perforation sont décollés et épaissis, irréguliers, évoquant l'idée d'une transformation néoplasique. On aperçoit des bourgeons charnus par l'orifice de la perforation. On enfouit la perforation par un surjet au fil de lin, recouvert d'un deuxième surjet au fil de lin. Gastro-entérostomie complémentaire au bouton, les deux pièces étant introduites et enchassées par le procédé Lardennois.

Réunion de la paroi en trois plans sans drainage. Guérison.

OBSERVATION N° 3. (Lardennois)

Gastrectomie presque totale terminée par anastomose gastro-jéjunale au bouton.

Madame L..., 50 ans, adressée à la Clinique par le Docteur Sieffert le 22 décembre 1932. Douleurs gastriques tardives. Depuis un mois, vomissements quotidiens. Tension au Vaquez : 17-9.

Ulcère de la petite courbure et estomac biloculaire. Opération, le 24 décembre. Anesthésie excellente : scopolamine-morphine et un peu d'éther donné par le Docteur Sieffert. Position de Mayo-Robson.

La laparotomie montre un gros ulcère calleux de la petite courbure ; en face de l'ulcère, un spasme musculaire crée l'estomac biloculaire.

Ligature préventive des branches ascendantes de la gastro-épiploïque, comme fait V. Pauchet.

Ligature de la gastro-épiploïque à droite. On relève l'estomac qui est adhérent au pancréas. Lors du décollement, l'estomac se déchire et le fond de l'ulcère reste sur le pancréas. On le badigeonne à l'iode. Le décollement est continué jusqu'au pylore. Ligature de la pylorique et ligature d'une artère qui suit le bord inférieur du pylore.

Ligature du duodénum avec un catgut. Section au thermo.

Enfouissement sous une suture séro-séreuse, elle-même recouverte d'une épiplooplastie.

On soulève vers la gauche le moignon d'estomac. Il faut procéder très haut à la résection.

Ligature de la coronaire stomachique. Il faut recommencer la ligature.

Section de l'estomac au thermo en laissant une gouttière selon le procédé de Pauchet. Un demi-bouton est jeté dans le petit estomac qui persiste.

Suture totale de la brèche gastrique en prenant la sous-muqueuse pour enfouir mieux la muqueuse. Suture séro-séreuse en commençant par le milieu de la brèche. En remontant vers le cardia, la suture est difficile, car le moignon est profond et peu accessible. Pour la moitié inférieure, c'est plus aisé. Epiplooplastie.

On pratique une ouverture dans le mésocôlon et on attire le jéjunum.

On pratique une incision sur le jéjunum pour y jeter le bouton femelle. Cette incision est suturée en deux plans. Les deux pièces étant rapprochées, on perfore sur les saillies que constituent les deux cylindres avec le thermo. On a ainsi deux pièces solidement enchassées que l'on articule.

Fixation de l'estomac au mésocôlon par deux points en avant et deux points en arrière.

Fermeture de la paroi en deux plans en laissant un drain.

Suites opératoires bénignes.

Le bouton a été éliminé au vingtième jour.

OBSERVATION N° 4. (Lardennois)

Monsieur B..., 47 ans, opéré le 17 février 1930.

Ulcère duodéno-pylorique vérifié à la radio.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On constate la présence d'adhérences dans la région pylorique et sur toute la face antérieure du pylore où on constate une cicatrice blanchâtre, d'une surface d'une pièce de 50 centimes. Gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure au bouton.

Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison.

OBSERVATION N° 5. (Lardennois)

Madame L..., 60 ans, opérée le 5 juin 1929.

Epithélioma du pylore ne laissant plus passer même l'eau.

On l'opère sur ses instances. Etant donné son état général anesthésie locale. On pratique une gastro-entérostomie au bouton selon le procédé de Lardennois. La moitié du bouton introduite, vomissements ; le bouton s'enfonce et on a du mal à le retrouver. On donne alors de l'éther pour pouvoir palper l'estomac. Le bouton retrouvé, on l'enchasse dans la paroi gastrique et on l'articule avec le demi-bouton jéjunal.

Paroi en un plan. Guérison.

OBSERVATION N° 6. (Lardennois)

Monsieur C..., opéré d'urgence le 23 septembre 1925.

Perforation d'ulcère gastrique à la huitième heure. Contracture généralisée, pouls au-dessus de 100.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. La perforation est située dans la région pylorique vers la face antérieure de l'estomac. Elle est de la taille d'une lentille. On enferme la perforation dans un surjet en bourse au fil de lin.

On fait une épiplooplastie fixée par un point de catgut.

On fait une gastro-entérostomie complémentaire trans-mésocolique postérieure au bouton de Murphy.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Le bouton est rendu le 10 décembre 1925. L'opéré est en excellent état.

OBSERVATION N° 7. (Lardennois)

Monsieur H. C..., 26 ans, opéré d'urgence le 27 avril 1926.

Laparotomie pour ulcus perforé opéré d'urgence à la quatrième heure.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'un liquide verdâtre. On attire l'estomac, on explore sa face antérieure et l'on trouve une perforation de la surface d'une lentille située à la face antérieure de la région pylorique. On enfouit cette perforation. Suture en bourse au fil de lin. On complète par une épiplooplastie. On termine par une gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure au bouton de Murphy.

Suites opératoires bénignes. Guérison.

OBSERVATION N° 8. (Pouliquen)

Madame L..., 50 ans. Opération le 9 mai 1913. Tumeur du pylore très mobile sans adhérences. Libération de l'estomac, section du duodénum ; section de l'estomac maintenu fermé par deux clamps. Le clamp supérieur est enlevé pour laisser passer le bouton et remplacé immédiatement. Sutures.

Gastro-entérostomie au bouton mixte de 26 millimètres.

Le demi-Jaboulay est introduit dans l'intestin grêle et, au thermo, on fait sortir de l'estomac le pied du demi-

Villard. L'engrènement se fait de façon parfaite : pas de suture complémentaire.

Suites normales. Guérison. Récidive au bout de deux ans.

OBSERVATION N° 9 (Pouliquen)

Madame R..., 60 ans, opérée le 20 mars 1914 avec l'aide du Dr Kermarrec.

Tumeur du pylore avec signes de rétention.

Opération : libération de l'estomac, section du duodénum, placement des clamps.

Résection de l'estomac, introduction du demi-Villard.

Gastro-entérostomie au bouton mixte de 26 millimètres. Engrènement très facile.

Guérison sans incidents. Récidive au bout de 4 ans. Mort le 15 février 1918.

OBSERVATION N° 10 (Pouliquen)

Monsieur H..., 38 ans. Enorme tumeur d'estomac siégeant haut sur la grande courbure, perceptible à la palpation quand le malade se couche sur le côté droit. Pas de vomissements, pas de rétention.

Opération le 2 juillet 1920 avec l'aide du Dr Lafolie.

Libération de l'estomac, section du duodénum, introduction du demi-bouton de Villard par incision faite à la face antérieure. Les clamps sont placés très haut et on enlève au moins les deux tiers de l'estomac. La suture de la tranche gastrique est difficile, faute de jour suffisant et les clamps lâchent avant la fermeture complète. La gastro-entérostomie est faite rapidement au bouton mixte.

Le lendemain de l'opération, le malade est pris de vomissements et meurt le cinquième jour.

OBSERVATION N° 11 (Pouliquen)

Madame Y..., 36 ans. Tumeur du pylore, hématoméses, vomissements.

Opération en septembre 1920 à l'Hôpital civil.

Tumeur mobile ; libération de l'estomac ; section du duodénum ; introduction d'un demi-bouton de Villard de 26 millimètres par une incision faite à la région prépylorique. Pose de l'écraseur du Dr de Martel, résection. Gastro-entérostomie au bouton mixte, engrènement parfait.

Guérison sans incidents. Grossesse normale un an après l'opération. Actuellement en pleine récurrence deux ans après l'opération avec tumeur au niveau de la cicatrice de l'ulcère.

OBSERVATION N° 12 (Pouliquen)

Monsieur L..., 69 ans. Malade très amaigri, présentant tous les signes de rétention gastrique.

Opération le 2 décembre 1921 avec l'aide du Dr Philippon.

Tumeur de la région pylorique, peu adhérente.

Gastro-entérostomie. Décollement colo-épiploïque, section du duodénum, introduction d'un demi-bouton de Villard de 26 millimètres, puis section de l'estomac, après écrasement avec l'écraseur de de Martel.

Gastro-entérostomie au bouton mixte, engrènement très facile.

Suites normales pendant trois jours, puis complication pulmonaire à laquelle le malade succombe le huitième jour. Le ventre a été toujours souple et le malade n'a pas eu un seul vomissement après l'opération.

OBSERVATION N° 13 (Pouliquen)

Madame P..., 53 ans. Femme très anémiée, très fatiguée, sans troubles gastriques, consulte pour faiblesse générale. Le médecin traitant découvre dans l'hypocondre gauche une tumeur extrêmement mobile et, à l'examen des selles, constate du méloena. Tous les deux nous pensons à une tumeur.

Opération le 8 février 1922. Tumeur de la grande courbure à 7 ou 8 centimètres du pylore, du volume d'une mandarine. Gastrectomie. Décollement colo-épiploïque ; suture et fermeture du duodénum ; introduction d'un demi-bouton de Villard, pose de l'écraseur de de Martel. Résection.

Gastro-entérostomie au bouton mixte, engrenement parfait. Pas de points de suture complémentaires.

Suites normales, mais retard dans l'évacuation du bouton qui n'est rendu que le quarantième jour. Actuellement la malade, complètement remise, jouit d'une santé parfaite. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

OBSERVATION N° 14 (Pouliquen)

Madame S..., 55 ans. Tumeur au niveau du pylore avec signes de rétention. Amaigrissement. Opération le 31 août 1922.

Gastro-pylorectomie, libération de l'estomac ; suture du duodénum.

Introduction d'un demi-bouton de Villard, écrasement par l'écraseur de de Martel. Gastro-entérostomie au bouton mixte, engrenement parfait.

Suites normales.

OBSERVATION N° 15 (Pouliquen)

Monsieur S..., 65 ans. Malade très amaigri présentant tous les signes de rétention gastrique. Opération le 10 septembre 1923.

Tumeur pylorique s'étendant assez loin sur la paroi antérieure. Large résection à l'aide de l'écraseur du Dr de Martel.

Gastro-entérostomie au bouton mixte, engrènement très facile.

Guérison opératoire.

Mort de cachexie un an après l'intervention.

OBSERVATION N° 16 (Pouliquen)

Madame A..., 72 ans, très fatiguée, atteinte de cancer du pylore.

Opération le 17 juillet 1922.

Après laparotomie, on fait au thermo une incision de 25 millimètres à la face antérieure de l'estomac, pour permettre le passage d'un demi-bouton de Villard. Fermeture immédiate de cet orifice.

Le demi-bouton, tombé dans l'estomac, est repéré à travers la paroi, puis fixé et maintenu en bonne place par une pince de Kocher.

Le demi-bouton de Jaboulay est introduit dans le grêle suivant le procédé habituel. La pince de Kocher est enlevée et la main gauche de l'opérateur saisissant le bouton, le pousse par derrière et le fait saillir à l'endroit choisi. Au thermo, on fait alors une ouverture juste suffisante et la tige sort parfaitement enchassée.

L'accouplement des deux pièces est correcte et aucune suture complémentaire n'est pratiquée.

Guérison opératoire. Mort de cachexie un an après l'intervention.

OBSERVATION N° 17 (Pouliquen)

Monsieur F..., 50 ans. Tumeur de la région pylorique, anémie profonde. Opération le 1^{er} septembre 1923. Enorme tumeur du pylore, non mobile, estomac rétracté, à paroi épaisse.

Gastro-entérostomie au bouton mixte : un demi-bouton de Villard (pièce femelle) est introduit dans l'estomac par incision de la face antérieure et fixé en bonne place par une pince de Kocher. Un demi-bouton de Jaboulay est introduit dans le grêle par le procédé habituel. Au thermo, on fait sortir la tige du demi-Villard et l'engrènement est obtenu d'une façon parfaite. Pas de suture complémentaire.

Guérison opératoire sans incidents. Mort six mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 18 (Pouliquen)

Monsieur T..., 50 ans. Cancer du pylore. Opération le 8 juin 1924.

Après laparotomie, on trouve une tumeur très adhérente et on pratique une gastro-entérostomie au bouton mixte. Le demi-Villard est lâché dans l'estomac par une incision faite au niveau de la face antérieure. A l'endroit choisi, on fait sortir la tige par un orifice juste suffisant, sur la face postérieure. Le demi-Jaboulay est introduit par le procédé habituel, dans l'intestin grêle. L'engrènement se fait plus facilement et aucune suture complémentaire n'est pratiquée.

Guérison opératoire sans incidents.

OBSERVATION N° 19 (Pouliquen)

Monsieur C..., 48 ans. Tumeur de l'estomac avec noyaux dans le foie. Opération le 30 juillet 1924. Gastro-entéros-

tomie au bouton mixte : le demi-Villard est introduit dans l'estomac par une incision faite au niveau de la face antérieure. Le demi-Jaboulay est introduit dans le grêle par le procédé habituel. Coaptation assez difficile, ce qui oblige à faire un surjet de recouvrement du bouton.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION N° 20 (Pouliquen)

Monsieur L..., 48 ans. Néoplasme du pylore, énorme dilatation de l'estomac, malade cachectique, avec œdème des jambes.

Opération le 14 août 1924. Gastro-entérostomie au bouton de Villard. La pièce femelle est introduite dans la cavité stomacale par une incision faite au niveau de la paroi antérieure et suturée immédiatement. La pièce mâle est introduite d'une façon analogue dans l'intestin grêle. Au thermo, on fait sortir les deux tiges du bouton de dedans en dehors par des orifices juste suffisants et l'accouplement est obtenu d'une façon parfaite.

Les suites opératoires semblent devoir être normales, mais l'opéré succombe le dixième jour à la suite de complications pulmonaires.

OBSERVATION N° 21 (Pouliquen)

Monsieur E..., 50 ans. Rétrécissement du pylore, suite d'ulcère, énorme dilatation de l'estomac, malade très amaigri, fatigué.

Opération le 26 août 1924. Gastro-entérostomie au bouton de Murphy. On introduit les deux pièces mâle et femelle dans l'estomac et l'intestin par des incisions que l'on referme immédiatement et l'on fait émerger les tiges

de dedans en dehors par des orifices très petits faits au thermo. L'engrènement est obtenu facilement.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION N° 22 (Pouliquen)

Madame T..., 50 ans. Grosse tumeur de la région pylorique, femme très fatiguée, jugée presque inopérable. Opération le 7 février 1925 à domicile. La tumeur développée près du pylore s'étend assez loin sur l'estomac ; l'épiploon est induré, l'estomac petit, à paroi épaissie, oedématiée. Une gastro-entérostomie à la suture serait très difficile à effectuer, à moins de pratiquer une incision transversale. Le bouton de Jaboulay serait très difficilement introduit à cause de la friabilité et de l'épaisseur de la paroi.

Nous nous décidons donc à nous servir du bouton mixte en commençant par jeter le demi-Villard dans l'estomac par une incision faite au niveau de la partie accessible de la face antérieure. Sans grande difficulté, on fait sortir la tige au niveau de la face postérieure, par un petit orifice fait au thermo et on fait facilement l'emboîtement avec le demi-Jaboulay, introduit comme d'habitude dans le grêle. La paroi gastrique, très friable, s'étant un peu déchirée, on fait trois points de recouvrement au fil de lin.

Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

En chirurgie gastro-intestinale, les anastomoses au bouton gardent leurs indications.

La technique traditionnelle de la pose des boutons est de tailler un gros orifice pour le fermer ensuite par une suture. Elle présente des inconvénients certains, ce qui explique l'ostracisme de certains chirurgiens.

Le docteur H. Lardennois, a conseillé depuis longtemps une autre méthode : introduire l'une et l'autre pièce du bouton dans les cavités digestives, soit par les orifices déjà ouverts, soit par une première ouverture spéciale qu'il est facile de refermer.

Inciser ensuite la paroi intestinale sur la saillie de la cheminée laissant juste un petit orifice, d'où la cheminée émergera, étroitement sertie et solidement fixée.

Pour l'iléo-colostomie, on pourra enfoncer la pièce femelle dans le rectum avec la pince de Lardennois et ensuite la faire cheminer dans le côlon jusqu'au point choisi pour l'anastomose.

Dans les résections, dans les jéuno-jéjunostomies complémentaires de la gastro-entérostomie, on jettera les deux parties du bouton dans chacune des deux bouches de l'anse intestinale.

Dans les gastro-entérostomies où il est nécessaire d'aller vite, on pratiquera un orifice sur l'estomac et

sur l'intestin, que l'on fermera après l'introduction des deux pièces du bouton. Ces deux pièces seront ensuite poussées et glissées à travers les parois jusqu'au point d'élection.

On pourra recourir aussi à la technique de Pouliquen qui emploie le bouton mixte. La pièce mâle de Jaboulay est enfoncée dans le jéjunum ; la pièce femelle de Villard est jetée dans l'estomac puis refoulée à l'endroit choisi, pour l'anastomose.

Le procédé de l'anastomose au bouton ne doit pas et ne peut pas remplacer celui des sutures. On devra cependant l'utiliser là où il est indiqué : dans la chirurgie du côlon pelvien et dans tous les cas où une opération trop longue risquerait de compromettre la vie d'un malade.

Vu :

Nancy, le 14 Mai 1934.

Le Président de Thèse,

MICHEL.

Vu et approuvé :

Nancy, le 15 Mai 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 16 Mai 1934.

Le Recteur de l'Académie.

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- BUCKLERS (M.). — Anatomische Untersuchungen über die Beziehungen zwischen der senilen und dermy opischen circum papilären Aderbrautrophie unter Berfügung eines Falles von hochgradiger Anisomerropie (Archiven J. Opth., 1928).
- COLEZ (B.-L.). — Strangulated femoral hernia ; enterostomy later entero anastomosis with Murphy button (Am. J. Surgery March., 1928).
- DARTIGUES. — Bulletin de la Soc. des Chir. de Paris, 4 février 1927.
- DELORE et GAUDIN. — Rétention d'un bouton de Jaboulay dans l'orifice de la gastro-entérostomie.
Société Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 26 mars 1924.
- DELORE et MONNIER. — Presse médicale, janvier 1931, n° 9.
- FOURCHAUX. — Thèse de Lyon, 1901.
- FENWICK (W.-S.). — Transplantation of a segment of small intestine to repair the resected sigmoid flexure. — British medical Journal, 7 October 1911.
- FORGUE, ROUË et PAGÉS. — Cancer du côlon ascendant avec abcès rétro-colique. Iléo-sigmoïdostomie au bouton.
Bull. de la Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier, 1921-1922, III.
- FORGUE. — Revue de chirurgie, octobre 1932.

FOURCHAUX. — Thèse de Lyon, 1901.

GAYET. — Revue de Chirurgie, 1904.

(100 cas de tumeur du pylore traités par gastro-entérostomie au bouton).

HARTMANN. — Gazette des hôpitaux, 27 août 1930.

Bulletin Soc. Nat. de chirurgie, 1926.

HUGUIER et RIGOLLOT-SIMONNET. — Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay (Presse médicale, 15 octobre 1923).

JABOULAY. — Lyon chirurgical, 1^{er} juin 1910.

LANOS. — Technique de la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay (Paris chirurgical, novembre 1928).

LARDENNOIS (H.). — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin, 1899.

LARDENNOIS (H.). — De l'anastomose entéro-rectale, 1905.
Revue de Gyn. et Chir. abd., avril 1899.

LARDENNOIS (H.). — Expériences sur un nouveau procédé d'anastomose.
Bull. Soc. Anat., mars 1899.

LARDENNOIS (H.). — Des indications de l'entéro-rectostomie par le procédé de la pince porte-bouton dans la chirurgie du côlon pelvien (1923).

LEWISCHON (R.). — Destruction of Murphy button retained in stomach for seven years (S. Chir. North. America, June 1927).

MARTEL (De). — Emploi d'un bouton mixte en chirurgie gastro-int.
Soc. de chirurgie, 13 décembre 1922.

MEYER. — Résection de l'S iliaque avec l'emploi du bouton de Murphy.
Arch. Jün Klin. Chirurg., juin 1932.

PAPIN. — Le bouton de Jaboulay en chir. de guerre.
Presse médicale, 17 mai 1917.

- PAUCHET (V.). — Le bouton anast. en chir. intestinale.
Soc. des chirurg. de Paris, 23 mars 1923.
- PECK (de New-York). — Séjour pendant 3 ans d'un bouton de Murphy dans un diverticule de Meckel.
Annals of Surgery, 1909.
(Press Méd., 21 avril 1909).
- PETIT. — Rétention du bouton de Jaboulay dans la gastro-entérostomie.
Bull. Officiel de la Soc. Méd. des praticiens, nov. 1928.
- POULIQUEN. — Principales indications du bouton mixte.
Congrès Français de chirurgie, 39^e session, 1930.
- POULIQUEN. — Gastro-entérostomie au bouton mixte.
Bulletin et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, 19 décembre 1922.
- PRAT. — La chirurgie gastro-intestinale et les boutons anastomotiques semi-plastiques (Gazette Méd. de France, 15 novembre 1930).
- QUEINNEC. — Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique. Thèse de Paris, 1927, n° 296.
- QUÉNU (J.). — Iléo-coloplastie. Journal de Chir., juillet 1933.
- TOURNEUX et GOUZI. — Persistance d'un bouton de Jaboulay au niveau d'une gastro-entéro-anastomose.
Toulouse médical, septembre 1933.
- VOGEL. — Sur l'emploi du bouton de Murphy dans les anastomoses portant sur le gros intestin.
Deuts. Mediz. Wochens., 30 mars 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — SUTURES ET BOUTONS	11
CHAPITRE II. — TECHNIQUE	19
CHAPITRE III. — OBSERVATIONS	39
I. — <i>Anastomoses intestinales</i>	39
II. — <i>Gastro-entéro-Anastomoses au bouton</i> ..	49
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63
